

00.03.27.2012

ZASWIADCZENIE O NIEZALEGANIU W OPLACANIU SKŁADEK

1. Nr zaświadczenia: 1701411/ZN12/000781
2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: URZĄD MIEJSKI W KARLINIE // ul. PLAC JANA PAWŁA II 6 78-230
KARLINO

NIP

6	7	2	1	0	0	4	0	3	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

0	0	0	5	2	5	3	9	8						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

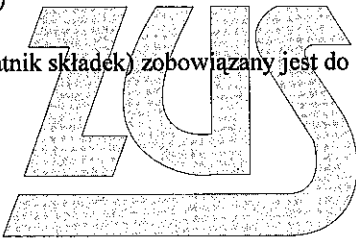
Seria i nr dowodu osobistego* / paszportu*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

podaje się numery NIP i REGON, a w przypadku braku tych numerów lub jednego z nich - numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu)

3. Zaswiadcza się, że wnioskodawca (płatnik składek) zobowiązany jest do opłacania składek na:

- a) ubezpieczenia społeczne *
- b) Fundusz Emerytur Pomostowych *
- c) ubezpieczenie zdrowotne *
- d) Fundusz Pracy *
- e) Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych *



nie posiada zaległości według stanu na dzień

1	8
---	---

 -

1	0
---	---

 -

2	0	1	2
---	---	---	---

dzień - miesiąc - rok

Zaswiadczenie wydaje się na wniosek płatnika składek, na podstawie art. 50 ust. 4 i art. 123 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego.

Kierownik Samodzielnego Referatu
Rozliczeń kont Płatników Składek

mgr Edyta Stojanek

pieczęćka służbowa i podpis
upoważnionego pracownika

Seria AK Nr 0434373

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Oddział w Koszalinie
Inspektorat w Białogardzie
ul. Wojska Polskiego 56

pieczętka firmowa/terenowa/
jednostki organizacyjnej ZUS

00.03.2012

18-10-2012
data wydania

**ZASWIADCZENIE O NIEZALEGANIU
W OPLACANIU SKŁADEK**

- Nr zaświadczenia: 1701411ZN12/000781
- Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: URZĄD MIEJSKI W KARLINIE / ul. PLAC JANA PAWŁA II 6-78-230
KARLINO

NIP:

6	7	2	1	0	0	4	0	3	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON:

0	0	0	5	2	5	3	9	8						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

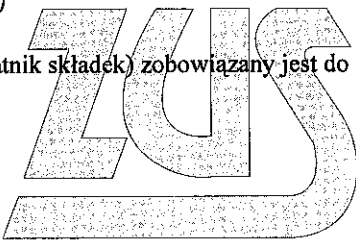
Seria i nr dowodu osobistego* / paszportu*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

podaje się numery NIP i REGON, a w przypadku braku tych numerów lub jednego z nich - numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu)

3. Zaswiadcza się, że wnioskodawca (płatnik składek) zobowiązany jest do opłacania składek na:

- a) ubezpieczenia społeczne *
- b) Fundusz Emerytur Pomostowych *
- c) ubezpieczenie zdrowotne *
- d) Fundusz Pracy *
- e) Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych *



nie posiada zaległości według stanu na dzień

1	8
---	---

 -

1	0
---	---

 -

2	0	1	2
---	---	---	---

dzień - miesiąc - rok

Zaświadczenie wydaje się na wniosek płatnika składek, na podstawie art. 50 ust. 4 i art. 123 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego.

Kierownik Samodzielnego Referatu
Rozliczeń Kont Płatników Składek

mgr Edyta Stojanek

pieczętka służbowa i podpis
upoważnionego pracownika

Seria AK Nr 0434373

* niepotrzebne skreślić
ZUS S-72

AKTAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH

Oddział w Koszalinie

**Inspektorat w Białogardzie
ul. Wojska Polskiego 56**pieczętka firmowa/robova
jednostki organizacyjnej/ZUS

06.10.2012

18-10-2012

data wydania

**ZASWIADCZENIE O NIEZALEGANIU
W OPŁACANIU SKŁADEK**

1. Nr zaświadczenia: 1701411ZN12/000781
 2. Dane wnioskodawcy (płatnika składek):
 Nazwa / Nazwisko i imię / Adres: URZĄD MIEJSKI W KARLINIE // ul. PLAC JANA PAWŁA II 6-78-230
 KARLINO

NIP

6	7	2	1	0	0	4	0	3	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

REGON

0	0	0	5	2	5	3	9	8						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

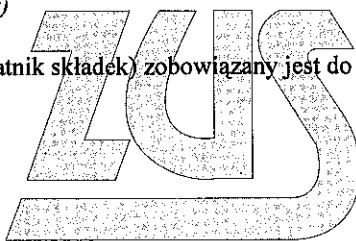
Seria i nr dowodu osobistego* / paszportu*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

podaje się numery NIP i REGON, a w przypadku braku tych numerów lub jednego z nich - numer PESEL lub serię i numer dowodu osobistego albo paszportu)

3. Zaswiadcza się, że wnioskodawca (płatnik składek) zobowiązany jest do opłacania składek na:

- a) ubezpieczenia społeczne *
- b) Fundusz Emerytur Pomostowych *
- c) ubezpieczenie zdrowotne *
- d) Fundusz Pracy *
- e) Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych *



nie posiada zaległości według stanu na dzień

1	8
---	---

 -

1	0
---	---

 -

2	0	1	2
---	---	---	---

dzień - miesiąc - rok

Zaswiadczenie wydaje się na wniosek płatnika składek, na podstawie art. 50 ust. 4 i art. 123 ustawy z 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (tekst jednolity Dz. U. z 2009 r. Nr 205, poz. 1585) oraz art. 217 i 218 Kodeksu postępowania administracyjnego.

Kierownik Samodzielnego Referatu
Rozliczeń Kont Płatników Składek

mgr Edyta Stojanek

pieczętka służbowa i podpis
upoważnionego pracownika

Seria AK Nr 0434373

AKTAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH ZAKŁAD UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH